

**Dr.med. Iris Veit**  
**Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie**  
**Bahnhofstr.204**  
**44629 Herne**

## **Schlafbezogene Atemstörungen in der hausärztlichen Versorgung**

Bei der Betreuung eines Patienten mit einem Schlaf-Apnoe-Syndrom handelt es sich um die Betreuung eines chronisch Kranken mit häufig vielfältigen zusätzlichen Erkrankungen. Wie bei allen chronischen Erkrankungen ist die Betreuung der betroffenen Patienten durch die Einzelpraxis nicht sinnvoll. Es bedarf kooperativer Versorgungsstrukturen, in denen dem Hausarzt eine wesentliche Bedeutung zukommt. Zukünftige politische Veränderungen im Gesundheitswesen werden uns auch dazu zwingen, so wie es bei der Versorgung der Diabetiker bereits der Fall ist.

Ich sehe die Aufgaben des Hausarztes in der Betreuung von Patienten mit obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) im

- im frühzeitigen Benennen der Verdachtsdiagnose
- in der Erhöhung der Compliance in der Anwendung der Maskenbeatmung und Motivation zu veränderter Lebensweise
- in der Koordination kooperativer Versorgungsstrukturen.

Dem frühzeitigen Erkennen dieser Erkrankung kommt eine wahrhaft präventive Bedeutung zu. Die Erkrankung wird weniger häufig diagnostiziert als sie tatsächlich vorliegt.

Ein Grund dafür ist, dass Patienten selten von sich aus das Problem des Schnarchens aus Schamgründen ansprechen oder von sich aus den Verdacht auf Vorliegen einer Schlafbezogenen Atemstörung ansprechen

Dies wird sich erst bei weiterer Verbreitung der Kenntnisse über diese Krankheitsbild ändern. Daher liegt die Bedeutung des Hausarztes darin, den Verdacht auf das Vorliegen dieser Erkrankung zu äußern. Kenntnisse über den Schlaf und schlafbezogene Atemstörungen sind in der Allgemeinmedizin sicher verbesserungsbedürftig.

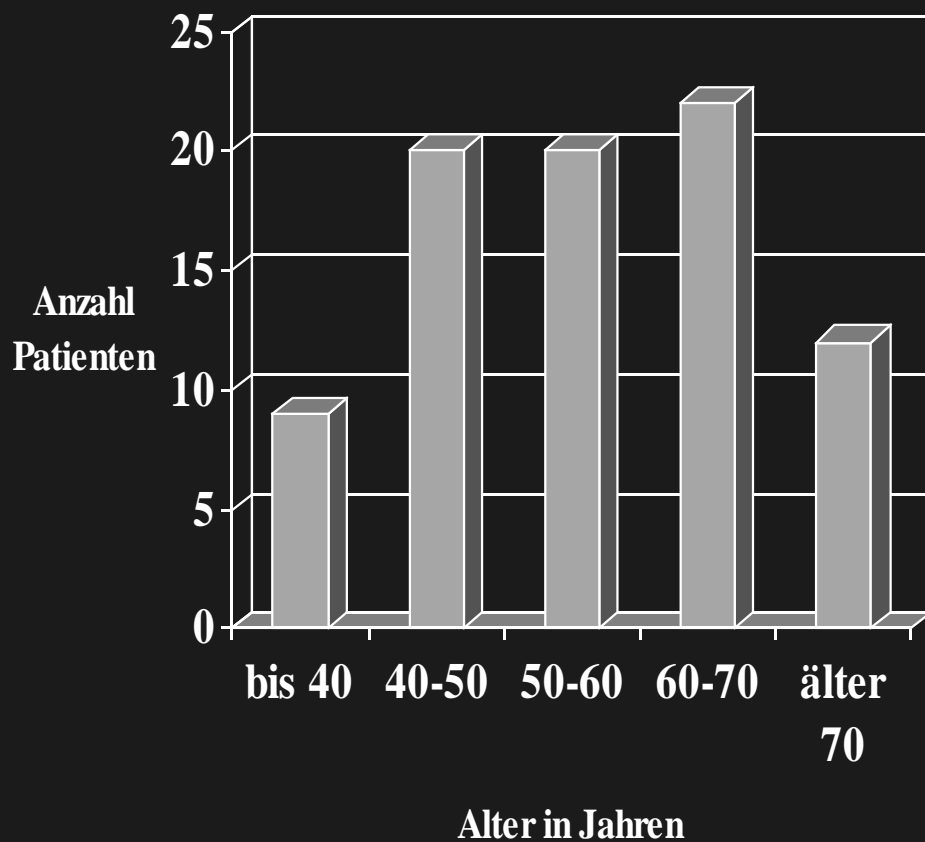
Ich möchte Ihnen einige Daten aus meiner Praxis, einer Gemeinschaftspraxis in Herne vorstellen. Bei 83 von 6425 Patienten, die im Zeitraum von 1995 bis April 2003 unsere Praxis aufsuchten, wurde der Verdacht auf ein OSAS und im Schlaflabor bestätigt. Dies sind 1,3% aller Patienten, die aus unterschiedlichsten Gründen die Praxis aufsuchten. Die Rate von 1,3% liegt etwas höher als die geschätzte Prävalenz behandlungsbedürftiger Patienten in Deutschland.

Der Verdacht auf das Vorliegen eines OSAS wurde in den weitaus meisten Fällen von meiner Kollegin und mir gestellt und durch niedergelassenen Pneumologen und Schlaflabore bestätigt. Die Daten betonen die Bedeutung des Hausarztes beim Stellen der Verdachtsdiagnose.

Folie Altersverteilung

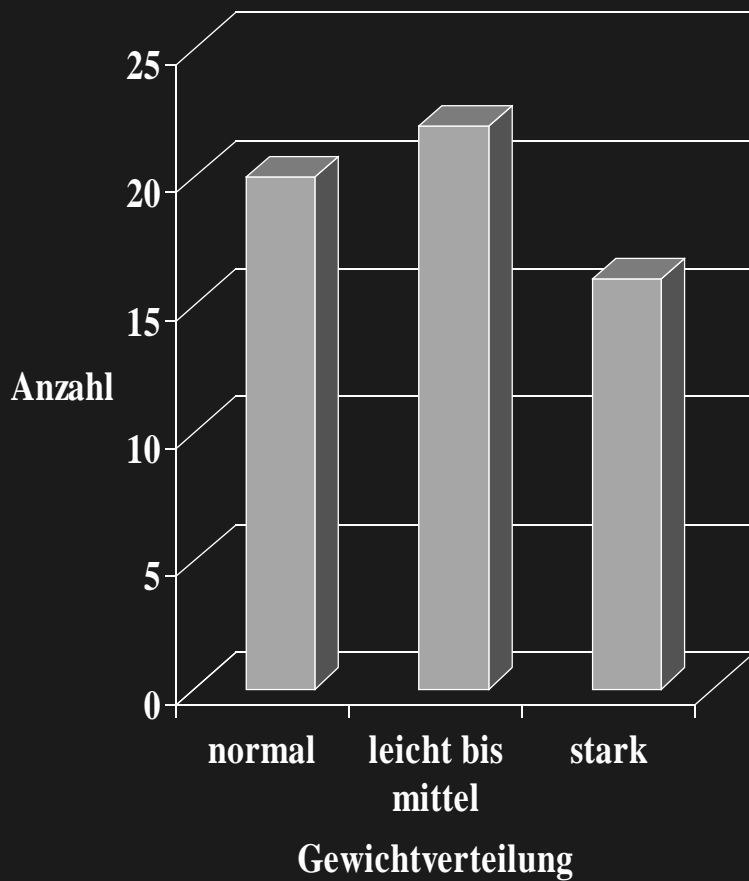
Die Altersverteilung unserer Patienten mit Schlaf-Apnoe zeigt, dass es nicht nur eine Erkrankung des Alters ist. Mehr als ein Drittel der Patienten sind unter 50 Jahre alt.

# Altersverteilung der Patienten mit Schlaf-Apnoe in allgemeinmedizinischer Praxis



Die dargestellte Gewichtsverteilung beruht mehr auf Eindrücken als auf berechnetem BMI. Der wichtige Eindruck ist jedoch, dass es nicht nur die Übergewichtigen sind, bei denen an ein OSAS gedacht werden muss; es gibt auch die Normalgewichtigen und die leicht Übergewichtigen.

# Gewichtverteilung der Patienten mit Schlaf-Apnoe

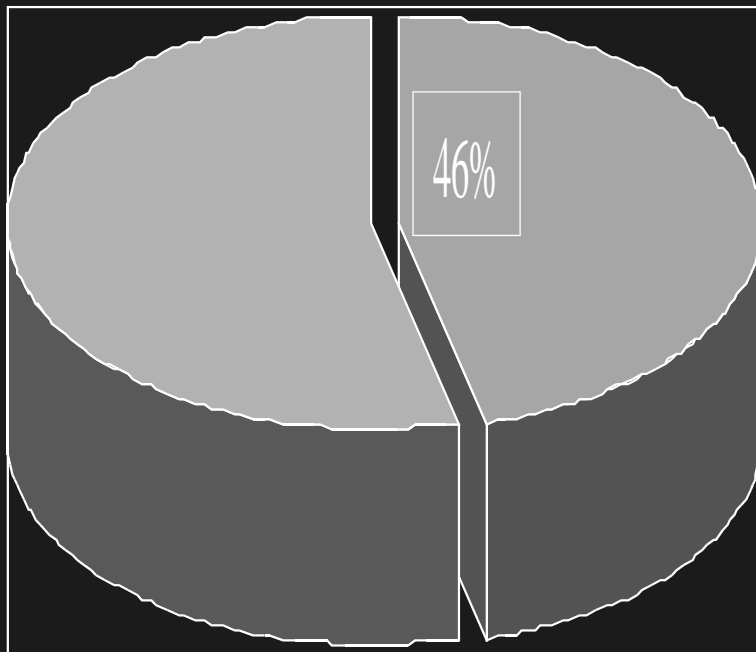


Fazit für die hausärztlich tätigen Kollegen:

- An das Schlaf-Apnoe-Syndrom denken! Es ist nicht so selten!
- Es sind nicht immer die Übergewichtigen
- Und die Trägen
- Auch jüngere Patienten sind davon betroffen

Die große präventive Bedeutung des frühzeitigen Erkennens der Erkrankung zeigt sich darin, dass bereits fast die älfte aller unserer Patienten zusätzlich an einer Hypertonie litt.

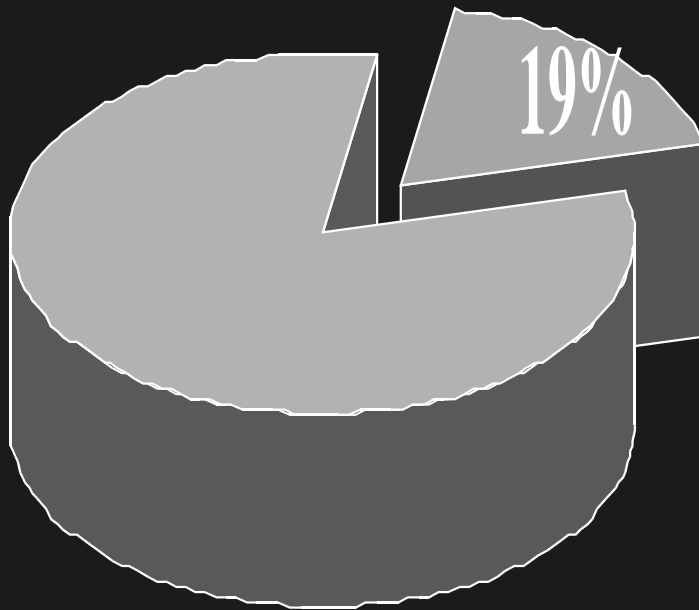
# Anteil der Schlaf-Apnoeiker mit Hypertonie an der Gesamtzahl aller Patienten mit Schlaf- Apnoe



Patientengut einer allgemeinmedizinischen Praxis  
Gesamtzahl aller Patienten mit Schlaf-Apnoe 83

Die Symptome des Schlaf-Apnoe-Syndroms decken sich teilweise mit den Symptomen einer depressiven Episode wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationstörungen, sozialer Rückzug, Störung des sozialen Beziehungsgefüges. Es kommt vor, dass bei Patienten mit der Diagnose Depression in Wirklichkeit ein OSAS vorliegt. Auffällig ist jedoch, dass bei jedem 5.unserer Patienten mit OSAS zusätzlich eine gesicherte und behandlungsbedürftige Depression vorliegt und die depressiven Symptome auch unter apparativer Therapie weiter bestehen.

Anteil der Schlaf-Apnoeiker  
mit Depression an der  
Gesamtzahl aller Patienten  
mit Schlaf-Apnoe



Prävalenz der Depression entspricht der anderer,

Die Prävalenz der Depression bei unseren Patienten mit Schlaf-Apnoe entspricht der Prävalenz der Depression bei anderer chronischer Erkrankung wie Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Diese Patienten bedürfen auch einer medikamentösen und /oder psychotherapeutischen Behandlung.

Insbesondere möchte ich auf das Bimch-Eating-Syndrom verweisen. Gerade bei den sehr stark übergewichtigen Patienten kann in bis zu einem Drittel der Fälle ein Bimch-Eating-Syndrom vermutet werden. Hierbei handelt es sich um eine Essstörung mit Fressattacken ohne Erbrechen und depressiven Symptomen, der

häufig eine kindliche Traumatisierung zugrunde liegt. Sie haben vielfältige Diäten mit starken Gewichtsschwankungen hinter sich. Bei stark übergewichtigen Apnoeikern ist zumindest an dieses Syndrom zu denken.

Bei welchen Symptomen sollte der Hausarzt an ein OSAS denken?

## **Bei welchen Symptomen sollte der Hausarzt an das Vorliegen einer schlafbezogenen Atemstörung denken?**

- Symptome der Depression wie Konzentrationsschwäche, Antriebsarmut, Leistungsverlust, Lustlosigkeit, Potenzstörungen.
- Chronischem Kopfschmerz
- Insbesondere nächtlich auftretenden Herzrhythmusstörungen wie intermittierendem Vorhofflimmern
- Herzinfarkt in jungen Jahren
- Refluxbeschwerden
- Bei typischen anatomischen Veränderungen wie kurzer Hals und Fliehkinn

Diese Symptomzusammenstellung beruht auf Erfahrungen in unserer Praxis.

Welche Fragen kann der Hausarzt stellen, um den Verdacht zu bestätigen?  
Hierzu ein Patientenflyer aus unserer Praxis, den man als Leitfaden für die Anamnese verstehen kann.

## Anamneseerhebung zur Erhärtung der Verdachtsdiagnose

Wenn Sie

- regelmäßig einen Mittagsschlaf machen
- abends beim Fernsehen nach 5 Minuten einnicken
- als Beifahrer im Auto schnell wegnicken
- Ihr Partner/in das Schlafzimmer wegen Schnarchens schon mal verlassen hat
- unter hohem Blutdruck leiden
- unter nächtlichen Herzschlagunregelmäßigkeiten
- unter Kopfschmerzen, für die sich keine Ursache findet
- morgens wie gerädert aufwachen
- unter Heiserkeit und Sodbrennen leiden
- in einen Unfall verwickelt waren wegen eigener Unaufmerksamkeit

dann könnten Sie an einem Schlaf-Apnoe-Syndrom erkrankt sein

Eine weitere wichtige Aufgabe des Hausarztes sehe ich in der Erhöhung der Compliance des Patienten in der Anwendung der Maskenbeatmung.

Zusammen mit der Lungenfacharztpraxis Dr. Querfurt/Otto haben wir vor einigen Jahren einen Patientenkurs entwickelt. Sein Inhalt ist die Aufklärung des Patienten über die Erkrankung selber und ihre Folgeerkrankungen, das Üben der Gerätepflege und die Bearbeitung der Probleme in der Akzeptanz der Maskenbeatmung zusammen mit den Patienten.

Mit Hilfe von Zweier-Interviews und Beartung in der Gruppe wurden nachfolgende Problemfelder erarbeitet.

Folie 8

Die Akzeptanz der apparativen Therapie hängt nicht nur von der richtigen Maske ab, sondern von einer Vielzahl von Konflikten des Patienten in seinem Beziehungsgefüge. Nur wenn der Patient sich damit aussöhnt, einen Teil seiner Lebenszeit an eine Maschine gebunden zu sein, diese nicht als seinen Feind oder selbstverdiente Strafe sieht, wird es auch zu einer besseren Akzeptanz der apparativen Therapie über die Jahre hinweg kommen.

Eine Hilfe auf diesem Weg können Schulungskurse sein, ähnlich wie bei den Diabetikern. Die durchgeführten Schulungskurse an über 200 Patienten wurden evaluiert und die übergroße Mehrheit gab an, viel oder sehr viel profitiert zu haben im Hinblick auf ihr Beziehungsgefüge und im Umgang mit Gerät und Maske.

Was kann der Hausarzt tun, um die Compliance des Patienten zu fördern und über die Jahre zu erhalten und die Motivation zu lebensverändernden Maßnahmen zu fördern?

# Förderung der Compliance in Anwendung der Maskenbeatmung durch den Hausarzt

- durch Ansprechen von Beziehungsschwierigkeiten, Ängsten und Befürchtungen
- Förderung der Motivation durch immer wieder erneute Aufklärung über die Risiken der Nichtanwendung
- Positive Motivation durch Lob und Fragen danach, was sich verbessert hat durch Anwendung der Maskenbeatmung.

Wie bei allen chronisch Kranken sind für die wirksame Behandlung unserer Patienten kooperative Versorgungsstrukturen erforderlich.

# Kooperationsstrukturen im Umgang mit Schlaf- Apnoe-Patienten



Dem Hausarzt kommt beim Stellen der Verdachtsdiagnose große Bedeutung zu. Er überweist an den Lungenfacharzt zur Erhärtung der Verdachtsdiagnose. Diesem sollte die Überweisung in ein ambulantes oder stationäres Schlaflabor obliegen und die Entscheidung zusammen mit

dem Patienten, ob und welche apparative Therapie und /oder operative Interventionen erforderlich sind.

Ein wichtiges Anliegen ist mir die feste Installation einer Maskensprechstunde. Diese muss entweder bei den Schlaflaboren oder den niedergelassenen Fachkollegen liegen. Der Allgemeinmediziner muss sich diese Kenntnisse nicht aneignen und verfügt auch nicht über die apparative Ausstattung.

Dem Hausarzt obliegt auch die Koordination mit weiteren Facharztgruppen wie dem Kardiologen, dem Diabetologen und auch, wenn man an die hohe Prävalenz der Depression und posttraumatischer Belastungsstörungen denkt, die Kooperation mit dem Facharzt für psychotherapeutische Medizin und dem Psychiater.

Jede integrierte Versorgungsstruktur sollte die Entwicklung eines mündigen Patienten beinhalten, so dass Schulungskurse und die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen ein integraler Bestandteil sein müssen.

Kooperation könnte sich auch auf die wissenschaftliche Forschung zur Evaluierung der Erfolge der Langzeitbehandlung beziehen. Die Einbeziehung der allgemeinmedizinischen Praxen mit ihrem großen Patientengut wäre sinnvoll.

Nicht zuletzt sollte sich Kooperation auch darauf beziehen, die Kenntnisse über dieses Krankheitsbild zu verbreitern und unter allen Ärzten die psychosomatische Grundversorgung dieser chronisch Kranken zu etablieren.